

Name der Hebamme:

## **Behandlungsvertrag (Kassenversicherte)**

Leistungen:

Ja, ich nehme die Dienste der freiberuflich tätigen Hebamme in Anspruch und beziehe von ihr die erforderlichen Hebammenleistungen. Diese bestehen insbesondere in der Beratung, im Wochenbett, während der Stillzeit.

Kostenübernahme: Leistungen, die auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V erfolgen, werden von der Hebamme direkt mit meiner gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet. Für Anzahl oder Umfang der erstattungsfähigen Leistungen gelten Höchstgrenzen, über deren Erreichen die Hebamme mich rechtzeitig aufklären wird.

Eigenanteil: In folgenden Fällen werden die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen und mir daher als Selbstzahlerin privat in Rechnung gestellt.

Falls keine gültige Mitgliedschaft der u.g. Krankenkasse festgestellt werden kann.

Falls Leistungen bei mehreren Hebammen in Anspruch genommen werden und dadurch die erstattungsfähigen Kontingente überschritten werden. Um dies zu vermeiden, werde ich die Hebamme über alle Leistungen informieren, die ich bei einer Kollegin auf Kassenkosten in Anspruch nehme bzw. in Anspruch genommen habe.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Mit dem Inhalt dieser Vereinbarung und den Allgemeinen Vertragsbedingungen der Hebamme bin ich einverstanden. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen. Änderungen dieser Vereinbarungen und Nebenabreden bedürfen der Schriftform.

Ort, Datum

Unterschrift